

(別紙様式6)

退院支援計画書

(患者氏名) _____ 殿

入院日:平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

計画日:平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

変更日:平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病棟(病室)	
病名 (他に考え得る病名)	
患者以外の相談者	家族・その他関係者(_____)
退院支援計画を行う者の氏名 (下記担当者を除く)	
退院困難な要因	
退院に係る問題点、 課題等	
退院へ向けた目標設定、 支援期間、支援概要	
予想される退院先	
退院後に利用が予想される 社会福祉サービス等	
退院後に利用が予想される 社会福祉サービスの 担当者	

注)上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。

(病棟退院支援計画担当者) _____ 印

(退院調整部門退院支援計画担当者) _____ 印

(本人) _____